

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1894, à 1 heure

Par REBIÈRE (JEAN-JOSEPH)

Né à Reims, le 15 mai 1863.

DES

KYSTES HYDATIQUES PRIMITIFS DE LA PLÈVRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

RICARD,
JALAGUIER, } *agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

37

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1894, à 1 heure

Par REBIÈRE (JEAN-JOSEPH)

Né à Reims, le 15 mai 1863.

DES

KYSTES HYDATIQUES PRIMITIFS DE LA PLÈVRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

RICARD,
JALAGUIER, } *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

—
1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vauz anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0101

DES KYSTES HYDATIQUES PRIMITIFS

DE LA PLÈVRE.

Avant de commencer ce travail, je ne puis oublier qu'il me fournit l'occasion de remplir un devoir bien doux, celui d'exprimer publiquement à mes maîtres de Reims toute ma reconnaissance.

Je les remercie de leurs si intéressantes leçons cliniques: elles m'ont fait aimer, dès le début de mes études, ma profession en m'initiant au côté pratique de la médecine.

Je prie tout particulièrement mes anciens chefs de service, les D^{rs} *Luton*, *Henri Henrot*, *Langlet*, *Décès*, *Lévêque* et *Harman* d'agréer mes remerciements pour l'initiative qu'ils m'ont laissée dans leur service pendant mon internat, et j'adresse un souvenir ému de reconnaissance et d'affection au maître et ami disparu, le D^r *Moret*.

Je remercie le D^r *Chipault*, qui a bien voulu me guider dans la partie bibliographique étrangère de ce travail.

Je prie M. le Professeur *Tillaux* d'agréer l'hommage de ma respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il me fait en présidant ma thèse.

INTRODUCTION

Ayant eu la bonne fortune d'observer et de suivre jusqu'à guérison opératoire et fonctionnelle, un cas de kyste hydatique primitif de la plèvre, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de prendre cette affection comme sujet de notre thèse inaugurale.

Affection du reste fort rare, puisque nos recherches ne nous ont permis d'en retrouver que quelques observations : elles n'avaient pas encore été rapprochées les unes des autres, et nous permettront peut-être de présenter sur le diagnostic et la thérapeutique des kystes hydatiques primitifs de la plèvre, quelques considérations utiles.

Il va de soi que nous avons basé notre étude seulement sur les observations sûres. En acceptant celles qui le sont moins, par défaut de détails cliniques ou anatomiques suffisants, nous aurions pu en augmenter le nombre : c'eût été aux dépens de leur intérêt et de leur valeur : mieux valait laisser de côté franchement les observations incertaines (dont on retrouvera du reste la trace dans notre bibliographie) et rejeter catégoriquement au chapitre de diagnostic les kystes hydatiques secondaires de la plèvre (par rupture d'un kyste pulmonaire ou hépatique). Variétés toutes différentes des kystes primitifs de cette séreuse, et du reste étudiées l'une et l'autre avec quelques détails dans des thèses récentes.

Historique.

Les premières notions sur les kystes hydatiques primitifs de la plèvre ne remontent pas au delà du commencement de ce siècle : Geoffroy et Dupuytren en publient, en 1805, un exemple dans les *Bulletins de la Faculté de médecine*, où Cayol en note un autre ; 40 ans après tout un groupe d'autres observations est publié en France, et presque toutes sont présentées à la *Société anatomique* : Andral et Lemaître, Caron, Genouville, Vidal. A partir de cette époque nous ne trouvons plus que des observations disséminées, n'ayant suscité aucune discussion, aucun travail d'ensemble, ni même attiré l'attention. Citons : en France, l'observation de Gallard publiée dans l'*Union médicale* en 1863, celle de Moutard-Martin signalée dans la *Gazette hebdomadaire* en 1871, et celle fort intéressante de Caron dans le *Lyon médical* en 1873 ; en Allemagne les deux observations de Wallmann rapportées dans les *Schmidts Jahrbücher* de 1862, l'observation de Duetsch, ayant servi de base à sa thèse inaugurale (Kiel, 1869), l'observation importante et bizarre de Landau (1876), celle de von Lesser rentrant comme la précédente dans le groupe curieux des faits avec tumeurs extra-thoraciques (1881). En Angleterre également, les faits se comptent par unité, et parmi ceux publiés nous devons accepter seulement ceux de Southey (1867) et de Groome (1884).

Ajoutons qu'il est un pays dont les périodiques nous

promettaient *a priori* une riche moisson de faits intéressants. C'est l'Australie où les kystes hydatiques de tout siège sont si fréquents, et d'ordinaire si habilement traités. Cependant nous avons consulté sans succès l'*Australasian Medical Gazette*, les *Transactions of the Intercolonial Congress*; nous n'avons trouvé dans l'*Australian Medical Journal* qu'un seul fait probant celui de S. Boyd (1881). Dans la statistique même de Davies-Thomas, où cet auteur a groupé tous les cas de kystes hydatiques observés depuis 20 ans dans les hôpitaux australiens et néo-Zélandais, aucun cas de kyste hydatique primitif de la plèvre ne se trouve noté; l'insuccès de nos recherches, paraît donc correspondre à une extrême rareté réelle, dans ces pays, de l'affection que nous étudions.

Quoiqu'il en soit, les faits réunis par nous, notre fait personnel, sont assez probants pour que nous n'hésitions pas à affirmer de la façon la plus absolue l'existence des kystes hydatiques primitifs de la plèvre. Il ne faut donc plus dire avec Davaine : « Les hydatides intra-thoraciques ne se forment point dans la plèvre; il est vrai que l'on trouve quelquefois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées dans des poches adventives, mais ces hydatides sont formées primitivement en dehors de la plèvre et ne s'y sont ouvertes que par le progrès du développement ». Nous n'aurions même pas relevé cette négation si elle ne se trouvait reproduite dans la thèse récente de Lehmann : *De la rupture des kystes hydatiques du poumon dans la plèvre*.

C'est là un débris de cette vieille opinion qui voulait que les kystes hydatiques ne puissent se développer pri-

mitivement dans les séreuses : opinion que l'existence incontestée aujourd'hui des kystes hydatiques intra-péritonéaux, et celle non moins incontestée pour nous des kystes intra-pleuraux réduisent à néant.

Symptomatologie.

Il nous semble superflu, dans une étude portant sur une affection aussi rare que les kystes hydatiques primitifs de la plèvre, de passer en revue tous les symptômes possibles des épanchements intra-pleuraux, et de constater leur existence dans les cas de kystes hydatiques : ce qu'il faut, c'est trouver des signes différentiels capables à l'occasion de frapper le clinicien, et de lui faire, dans un cas donné, soupçonner l'affection qui nous occupent.

Ces symptômes semblent bien réellement exister, et nous les retrouvons dans toutes les observations un peu complètement prises : ils sont au nombre de deux :

1^o L'apparition et la gravité croissante de crises de dyspnée qui dans les cas où le chirurgien n'intervient pas finissent par emporter le malade. Voici quelques exemples de cette terminaison fatale.

GALLARD. — Kystes hydatiques de la plèvre droite, dégénérescence particulière des ganglions péri-hépatiques. *Union médicale*, 1863, p. 375.

Buot J..., 49 ans, commissionnaire, fut reçu il y a quinze ans, à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de Valleix : il éprouvait, dit-il, une douleur dans le côté droit de la poitrine et fut traité pour une pleurésie ; il resta environ deux mois à l'hôpital et se trouva suffisamment bien rétabli pour demander sa sortie. Il reprit son travail pendant environ trois ou quatre mois ; mais voyant ses forces diminuer chaque jour, il entra à la Cha-

rité dans le service de M. Andral. On diagnostiqua une pleurésie et on proposa une thoracentèse qu'il refusa obstinément ; on pratiqua alors quelques incisions sanguines. Le malade sortit de la Charité, et reprit encore une fois son travail. Après un temps plus ou moins long, dont il ne peut préciser la durée, il entra à l'hôpital Bon-Secours : il a oublié dans quel service, celui de M. Behier à ce qu'il croit. Enfin, ayant encore demandé sa sortie, il fut admis à l'hospice des Incurables en 1858 le 2 novembre, et au mois de juillet 1862, il entra à l'infirmerie, où il présenta l'état suivant qui ne subit que d'insignifiantes variations jusqu'au 1^{er} janvier 1863.

Etat cachectique prononcé : coloration jaunâtre des téguments, rappelant tout à fait celle que détermine la cachexie cancéreuse, décoloration marquée des muqueuses. Grande faiblesse, le malade ne quitte pas le lit. Peu d'appétit. Langue humide et non saburrale. Peau bonne. Pas de fièvre. Toux fréquente, revenant par quintes, et suivie d'une expectoration muco-purulente. Légère dyspnée. Pas de diarrhée. Jamais d'hémoptysies.

La poitrine présente une légère dilatation du côté droit, les espaces intercostaux sont marqués comme à gauche, mais l'ensemble de la poitrine est plus globuleux.

A la percussion, on constate une matité absolue dans toute la hauteur de la poitrine en arrière à droite, même dans la fosse sus-épineuse.

En avant, matité absolue remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la clavicule ; dans cet espace, sonorité exagérée (bruit de Skoda). La matité se continue sur les côtés avec celle de la région postérieure, et en bas avec celle due à la présence du foie, qui déborde les fausses côtes de 4 ou 5 travers de doigt et ne présente aucune saillie à sa surface. De ce côté de la poitrine, les vibrations thoraciques sont complètement abolies.

Du côté gauche, sonorité et vibrations thoraciques normales, et même un peu augmentées. Le cœur occupe sa place normale.

A l'auscultation, à droite : dans les points mats, le murmure respiratoire ne s'entend pas, si ce n'est dans la fosse sous-épineuse où l'on perçoit un très léger souffle, nullement semblable à celui de la pleurésie. Dans les points sonores, c'est-à-dire dans la fosse sous-claviculaire, respiration soufflante avec quelques craquements. La voix est retentissante dans les points où il y a du souffle, mais dans le reste de la poitrine, on n'entend plus ce retentissement, qui du reste s'est nullement œgophonique.

On ne constate à gauche que l'exagération du murmure respiratoire. Les battements du cœur sont réguliers, ses bruits normaux ; mais ils se perçoivent assez loin du côté droit. L'oreille placée vers le bord postérieur de l'aisselle les entend fort distinctement.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, la respiration devient de plus en plus embarrassée et le 16 janvier, on constate l'état suivant : pas de changement dans le côté droit de la poitrine, mais battements cardiaques, bruit de souffle au premier temps se prolongeant dans les vaisseaux : il n'existait pas antérieurement et présente un timbre plus rude que celui dû à l'anémie. Pouls à 72, 76, petit, irrégulier, dépressible. Inappétence. Pas de fièvre. Dyspnée très intense, Langue humide. La toux a presque tout a fait cessé.

19 janvier. Il est survenu de l'aphonie. Somnolence persistante. Matité à l'épigastre s'étendant jusqu'à la région précordiale. Le foie ne déborde plus les fausses côtes que de deux travers de doigt environ. Pouls moins irrégulier, un peu plus lent. Faiblesse croissante.

On ne constate plus de changement notable jusqu'au 25 janvier, jour de la mort du malade qui s'éteint sans agonie ; le traitement avait consisté en révulsifs cutanés, calmants et toniques à l'intérieur.

A l'autopsie, après ouverture de la poitrine, on trouve à droite une surface grisâtre, dépressible, et formée par la plèvre considérablement épaissie (presque un demi-centimètre) ; on énuclée assez facilement cette poche et on constate qu'elle est formée

par toute la plèvre droite, laquelle contenait environ 3 litres de pus.

Quand on a incisé la poche, on trouve à sa face interne une multitude de petites tumeurs, de volume variable, quelques-unes grosses comme une praline, et ayant toute l'apparence du tissu colloïde. De plus, entre chaque tumeur existe une substance mollasse, non adhérente aux parois de couleur gris sombre, et semblant due à des fragments de fausses membranes.

En incisant les plus grosses des tumeurs, on les trouve formées de deux parties : l'une périphérique, mollasse, jaunâtre ; l'autre centrale, rouge et d'apparence sanguine ; aucun liquide ne s'écoule à la coupe. A la partie inférieure de la poche existe une tumeur du volume d'une petite orange mandarine dont une très petite partie fait saillie dans la cavité du kyste. La presque totalité est située entre le diaphragme et le bord du foie, qui du reste, ainsi que les vaisseaux qui avoisinent ce bord, n'a aucune continuité avec la tumeur. Le diaphragme, au contraire, est perforé, aminci dans une assez grande étendue, et ses fibres sont extrêmement pâles, presque décolorées.

A la coupe, cette tumeur présente une apparence caséeuse, et dans quelques points un aspect lardacé analogue à l'encéphaloïde, aucun liquide, du reste, ne s'en écoule, et la tumeur présente une certaine consistance.

Le poumon est accolé le long de la trachée ; il est perméable, et à sa base se continue dans une petite étendue avec la tumeur sous-diaphragmatique.

Rien à noter dans les autres organes.

Le foie est parfaitement sain.

La pièce fut soumise à l'examen de M. Robin, et voici l'opinion qu'il émit, sous toutes réserves, sur les deux espèces de tumeur :

Les tumeurs qui tapissent la plèvre ont été probablement des tumeurs hydatiques, ayant contenu des *ecchinocoques* qui se sont détruits.

On trouve des cristaux de cholestérine dans le liquide des

parois, en assez grande quantité, avec des globules de pus en quantité.

La tumeur diaphragmatique est probablement due à une dégénérescence graisseuse, peut-être même tuberculeuse, d'un des ganglions lymphatiques qui entourent la veine cave ; mais M. Robin ne voit là qu'une analogie avec des productions graisseuses ou tuberculeuses, sans aucun des caractères histologiques de ces produits.

L'acide acétique rend leur forme primitive aux cellules épithéliales nucléaires des ganglions lymphatiques.

En résumé, M. Robin n'a voulu formuler aucune opinion sur la nature de ces deux espèces de tumeurs et n'a émis que des hypothèses, mais les renseignements qu'il a bien voulu nous donner me paraissent suffisants pour faire admettre que nous avons eu affaire à un kyste hydatique de la plèvre, et il n'émet lui-même aucun doute à ce sujet. La seule réserve qu'il ait établie est de savoir à quelle période du développement des ecchinocoques nous nous trouvions lorsque la pièce lui a été soumise. Sur ce point, les antécédents et la marche de la maladie peuvent nous éclairer plus sûrement que ne le ferait l'examen anatomique seul, et il me paraît certain qu'avec cette maladie datant de quinze ans et ayant eu ses manifestations les plus aiguës pendant les 5 ou 6 premières années, ces hydatides se sont développées régulièrement au début et ont disparu depuis dans le travail de suppuration lente qui a envahi toute la surface interne du kyste pleural. Quant à la tumeur sous-diaphragmatique, loin d'avoir une origine différente et de pouvoir être attribuée, comme le suppose le savant micrographe à une dégénérescence particulière, tuberculeuse ou graisseuse, des ganglions périhépatiques, elle me paraît au contraire être, comme les kystes de la plèvre et les petites tumeurs saillantes à sa surface, formée par des débris d'hydatides. On trouve en effet fort souvent, dans l'épaisseur même du foie, des tumeurs toutes semblables qui n'ont pas une autre origine. Le siège insolite de la tumeur en dehors du foie n'est pas une raison suffisante pour empêcher

d'admettre sa nature hydatique, d'autant plus que la dégénérescence graisseuse ou tuberculeuse des ganglions lymphatiques de cette région serait chose bien plus rare et bien plus insolite encore. Remarquons du reste que ni à l'œil nu, ni au microscope, cette tumeur n'a présenté les caractères d'une tumeur graisseuse, ni ceux d'une masse tuberculeuse.

GEOFFROY ET DUPUYTREN. — Kystes hydatiques des deux plèvres.
Bulletin de l'Ecole de Médecine, 1805, p. 117.

Jeune homme ; à 18 ans pneumonie ; à 24 ans, rhume opiniâtres, douleurs fréquentes dans le côté gauche.

En 1800, ictère qui dure trois mois ; fragment de tœnia par les selles ; quelques temps après, toux sèche et violente ; tumeur dans l'hypochondre droit ; en 1803, amaigrissement, la tumeur est énorme, dure, lisse, un peu mobile ; battements du cœur dans la région épigastrique, étouffements continuels ; les autres fonctions assez régulières. En 1804, suffocations fréquentes et mort dans un accès.

A l'autopsie, on trouve un kyste dans le lobe gauche du foie, kyste contenant un liquide louche et beaucoup d'hydatides. On trouve également un kyste volumineux dans chaque plèvre, étendus l'un et l'autre depuis le sommet de la poitrine jusqu'au diaphragme, adhérents aux côtes et à la totalité du médiastin, constitués par une membrane mince, fibreuse, blanche ; contenant l'un et l'autre une hydatide solitaire énorme qui remplissait leur cavité. Chacune de ces hydatides contenait un liquide limpide, évalué à 5 onces $1/2$ pour chacun. Le cœur était repoussé vers l'épigastre, les poumons comprimés, aplatis, et refoulés vers la partie antérieure de la poitrine.

CAYOL. — Hydalite de la plèvre costale, in LAENNEC. *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 196.

« M. Cayol a présenté à la Société de la Faculté de médecine une observation à peu près semblable à celle de M. Geoffroy, mais elle n'a pas encore été publiée. Dans ce cas, observé par

M. Cayol, le kyste hydatique était situé entre la plèvre et les côtes.

Dans le cas suivant de Southey, les crises de dyspnée étaient remplacées par des crises de toux, qui me paraissent avoir une valeur diagnostique analogue. En tout cas, dans cette observation, ces crises avaient vivement frappé le clinicien et coïncidant avec tous les symptômes d'un épanchement pleurétique, lui avaient fait soupçonner que cet épanchement devait être de nature spéciale.

SOUTHEY. — Case in which a large hydatid cyst was removed from the Chist, with ultimate complete recovery. *S. Bartholomews Hospital Reports*, 1867, p. 394.

Mme B..., âgée de 31 ans, d'aspect cachectique, se soumet à mes soins en mars 1866.

Elle était très déprimée, et se plaignait de trois symptômes principaux : douleur dans le côté droit du thorax, dyspepsie, toux. Cette toux n'était pas provoquée par un besoin d'expectoration, mais coïncidait avec une sensation particulière dans la gorge, et était particulièrement intense la nuit, lorsque la malade était couchée. La peau était chaude, le pouls petit et rapide, 96, la respiration haletante au moindre effort, mais non oppressée lorsque la malade restait tranquille. Appétit mauvais, langue pâle et érodée sur les bords ; urination et règles normales. Le début de ces accidents remontait à 4 ans, date d'un séjour dans le Lancashire. Depuis, elle a été mariée pendant 6 mois, sans avoir eu d'enfants.

On l'avait traité pour dyspepsie et pour pleurodynie.

Je ne trouvai de crépitation ni dans l'un ni dans l'autre poumon, les battements du cœur normaux, le thorax bien mobile, et pas de troubles de percussion.

Dès lors, je pensai qu'il s'agissait d'une simple douleur intercostale ; en juin elle passa trois semaines au bord de la mer et revint plus malade qu'elle n'était partie.

Elle n'était du reste pas hystérique.

Je trouvai un peu de distension et de sensibilité dans la région hépatique : le foie était volumineux, et son bord inférieur nettement distinct au-dessous du rebord costal ; la zone de matité splénique était aussi un peu agrandie.

La toux était de plus en plus pénible, et revenait par crises chaque nuit. Il n'y avait pas d'expectoration, et toujours pas de symptômes pulmonaires. Il n'y avait peu ou pas de fièvre et la débilité n'avait fait qu'augmenter, bien que le moindre mouvement fut cause d'extrêmes fatigues.

J'attribuai tous ces symptômes à un peu de congestion hépatique d'origine miasmatique. Je prescrivai de l'iodure de potassium, des pilules bleues et un régime sévère ; elle ne pouvait supporter le sulfate de quinine.

Malgré tout, le foie continua à augmenter de volume, et la ligne de matité correspondante à s'élever. Il n'y avait du reste pas d'irrégularité à sa surface ; le moindre mouvement provoquait la toux, la malade restait couchée tout le temps sur un sofa, du côté droit.

Le 1^{er} décembre, dans l'aisselle de ce côté, je découvris un bruit de frottement ; en même temps la matité augmentait, sans qu'il y ait eu d'égophonie.

Le 11 décembre, tout le côté droit était malade à l'exception d'une zone de sonorité exagérée au-dessus de la clavicule ; en arrière, dans la région scapulaire, la matité était incomplète, et l'on entendait un faible murmure vésiculaire, sans doute transmis par l'autre poumon. La respiration par le poumon gauche était exagérée et compensatrice. Le cœur battait dans l'aisselle gauche.

La marche de l'affection me portait à rejeter soit le diagnostic de pleurésie simple, soit celui de pleurésie chronique avec tuberculose ; j'hésitais donc entre un kyste hydatique venu du

foie et ayant pénétré dans la plèvre par destruction progressive du diaphragme et une tumeur maligne du foie et du poumon : j'inclinai du reste vers cette dernière hypothèse, d'autant plus que la mère de la malade était morte de cancer à l'âge de 40 ans.

Frictions mercurielles.

Le 27 décembre la malade passa une nuit agitée et douloureuse, son pouls était à 110, petit, faible ; la toux était plus intense que jamais, si bien qu'on avait dû recourir à la morphine pour l'arrêter.

Cette crise cessa rapidement, mais laissa la malade plus abattue que jamais, et dans l'espoir qu'il pouvait s'agir de liquide pleural ou kystique, je fis une ponction exploratrice. A cette date, j'observai en dedans de l'épine de l'omoplate, une légère saillie de la paroi repoussant cet os. En même temps, il y avait de la douleur et de la sensibilité à la pression dans la région axillaire, du côté droit, entre les 5^e et 6^e côtes.

Le 1^{er} avril, ponction par le D^r Callender et évacuation de 132 onces de liquide puriforme ; le trocart fut laissé en place et pendant toute la nuit qui suivit, l'écoulement continua.

Le 3 avril l'écoulement avait diminué, et l'état général était beaucoup meilleur, mais au bout d'une semaine l'écoulement devint fétide : il se décomposait manifestement dans la plèvre.

On lava à plusieurs reprises celle-ci à l'aide d'une sonde en gomme et d'une seringue, mais la petitesse de l'orifice empêchait certainement de faire ces lavages aussi complètement qu'il aurait fallu.

Aussi le 4 mai, M. Langdon donnant le chloroforme, M. Callender fit à ma demande une incision entre les 6^e et 7^e côtes, en prenant pour centre la ponction de la plèvre, qui avait été faite à mi-chemin entre la colonne vertébrale et le sternum. On la fit de 2 pouces de long de manière à pouvoir introduire le doigt dans le cavité pleurale, mais l'espace intercostal était si étroit, et les côtes si rapprochées l'une de l'autre qu'il fallut d'abord les écarter péniblement l'une de l'autre. Par l'ouverture

fit hernie une masse lisse qui fut de suite reconnue pour la paroi d'un kyste hydatique : on la saisit et on l'attira doucement si bien qu'on put en retirer du thorax la plus grande partie. Cette manœuvre fut fort délicate, en partie parce que le kyste glissait sous le doigt, en partie parce qu'il avait tendance à se déchirer. La plus grande partie était déjà extraite, lorsque cette rupture se produisit brusquement et la partie restante du kyste disparut dans le thorax. Une mèche de lint fut insinuée dans l'orifice thoracique, pour empêcher sa fermeture, et la plaie recouverte d'un pansement.

Le kyste extrait était en certains points mince et opalescent, en d'autres épais et opaque ; sa cavité ne contenait pas de vésicules mais 10 onces environ de pus grumeleux et sanieux. Le kyste semblait bien s'être formé primitivement dans la plèvre et non venir du foie, car par l'orifice pariétal je pus introduire mon doigt dans la plèvre et sentir la face supérieure, lisse et régulière, du diaphragme.

A partir de ce jour, la guérison suivit son évolution régulière.

Trois mois suffirent pour fermer cette cavité considérable ; après trois semaines de suppuration abondante, les parois thoraciques s'affaissèrent et dès la 6^e semaine les côtes sous et sus-jacentes à l'orifice s'imbriquèrent si bien qu'il fallait les écarter avec une sonde canelée pour donner issue à la petite quantité de pus qui s'y accumulait pendant les vingt-quatre heures ; graduellement, cette quantité se réduisit : en juillet, la plaie était cicatrisée, et le poumon sur les 2/3 de son étendue avait recouvré sa sonorité et sa dilatabilité normales.

Le 30 août l'état est absolument satisfaisant, la malade ne tousse plus et se plaint seulement d'un peu de douleur au niveau de sa cicatrice.

2° Le second des symptômes qui coïncidant avec la symptomatologie habituelle des épanchements intra-pleuraux doit faire soupçonner qu'il s'agit d'une collection

enkystée et peut-être d'un kyste hydatique de la plèvre, c'est la forme convexe en haut de la limite supérieure de la matité thoracique.

Cette disposition particulière est notée dans l'intéressante observation de Boyd.

S. BOYD. — On two cases of intra thoracic suppurating Hydatid, treated by incision and extraction of the cyst. *Australian medical Journal*, 1881, p. 170.

Mme G. âgée de 26 ans, mariée et mère de deux enfants, me consulte pour une affection diagnostiquée successivement pleurésie avec épanchement, augmentation de volume du foie, abcès. A l'examen, le côté droit mesure 1 pouce 1/2 de largeur de plus que le gauche, sans saillie des espaces intercosteux. Pas d'histoire de pleurésie mais, du côté malade, anciennes douleurs de caractère pleurétique, et douleurs dans l'épaule rappelant les douleurs d'origine hépatique.

A la percussion et à l'auscultation le diagnostic d'épanchement pleural fut rejeté de suite, car la zone de matité caractéristique des kystes hydatiques fut constatée à la partie inférieure du thorax tandis que tout symptôme d'auscultation et de percussion était absent au sommet : la zone mate arrondie se déplaçait un peu par les changements de position du corps, en tout cas assez pour me convaincre du diagnostic de kyste hydatique pleural. On décida d'introduire un trocart, ce qui fut fait dans le 7^e espace intercostal. Il s'écoula 3 pintes de liquide demi purulent qui se montra, au microscope, rempli de crochets. Il n'y eut pas d'amélioration, et il survint de la matité à la base du poumon droit avec douleur pleurétique, accélération du pouls et élévation de la température. Je déterminerai donc, avec le D^r Martin, d'enlever le kyste, seul moyen de guérir mon malade. Le 10^e jour après la ponction je fis une large incision entre les 7^e et 8^e côtes, et j'enlevai sans difficulté une large poche, à demi décomposée et déchirée en

plusieurs fragments. En introduisant mon doigt par la plaie, je sentis la surface convexe du diaphragme régulière et normale. Il s'agissait donc bien d'un kyste intra-pleural. Un peu de pus, et des débris divers firent issue après les parois du kyste puis du sang veineux s'écoula en grande abondance, mais pendant peu de temps. Un drain fut introduit et laissé dans la plèvre.

L'opération fut suivie d'une amélioration considérable. Les symptômes fébriles et la douleur disparurent et les signes physiques de corps étranger intra-thoracique s'effacèrent. En somme pendant quelque temps, la guérison parût assurée. Malheureusement au bout d'une quinzaine, la malade commença à se plaindre de dyspnée et d'oppression et en explorant sa cavité pleurale avec une sonde en gomme, je sentis à mon grand étonnement, un autre kyste d'où s'écoulèrent dix onces de liquide hydatique parfaitement clair, fourmillant d'échinocoques vigoureux et vivants. Je réussis à enlever la paroi et irriguai la plèvre à plusieurs reprises avec des solutions faibles de teinture d'iode, dans le but de détruire tous les parasites. Une nouvelle période d'amélioration survint, mais les symptômes reparurent ne me laissant pas de doute sur une nouvelle récurrence. Ils consistèrent alors en attaques soudaines et alarmantes de dyspnée, se terminant habituellement par une syncope, avec déséquilibre complète du cœur. Ces accidents augmentèrent si rapidement d'intensité que quelques jours après leur début, la malheureuse femme mourait brusquement dans une crise. Je ne pus faire l'autopsie, mais je ne doute point qu'il se soit rapidement développé dans son péricarde des hydatides, telles que celles dont j'ai donné une préparation aux travaux de l'Université.

3° Enfin, dans un bon nombre de cas, le kyste ne reste pas intra-pleural et vers la fin de son évolution, par usure de la paroi thoracique fait saillir un espace intercostal, une côte, ou vient faire hernie au dehors sous forme de tumeur volumineuse.

Lorsque la saillie thoracique est limitée et minime, elle ne diffère guère de celle que peut provoquer une pleurésie purulente vulgaire : il en était ainsi dans notre observation et dans quelques autres que l'on trouvera notées au cours de ce travail.

Lorsque la saillie thoracique est étendue, elle est assez particulière et les tumeurs volumineuses à la fois extra et intrathoraciques, réductibles et liquides, assez rares pour que le diagnostic de kyste hydatique pleural doive entrer d'emblée en ligne de compte.

Voici quelques observations où ces symptômes étaient particulièrement marqués, et le développement de la tumeur extrathoracique des plus remarquable.

Elle peut occuper les sièges les plus divers ; axillaire, rétro-mammaire, sous-scapulaire.

WALLMANN, d'après MEISSNER. Beitrage zur Lœhre von den Vorkommen des Echinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen. *Schmidt Jæhrbücher*, 1862, t. IV, p. 181 (observation 1).

Un homme de 39 ans, reçu dans une maison de santé comme vésanique, présenta dans les derniers temps de sa vie, du côté droit du thorax, une tumeur diagnostiquée lipome. A l'autopsie on constata qu'il s'agissait d'une masse toute étendue de la 2^e à la 5^e côte depuis l'angle jusqu'à la ligne axillaire. Elle était en grande partie recouverte par les muscles grand et petit pectoral, et se présenta, après réclinaison de ces muscles, comme composée d'un kyste principal, et de plusieurs kystes accessoires. Après incision de la capsule, on tomba dans une cavité qui contenait une membrane résistante, blanchâtre, laiteuse contenant une masse de débris, et des vésicules claires, du volume d'une cerise à celle d'une pomme. — La masse était composée

de cellules purulentes, de corpuscules pigmentaires, de cristaux, de cholestéarine; les vésicules avaient les unes un contenu transparent, les autres un contenu trouble et étaient en partie attachées à la paroi interne du kyste soit par des pédicules en partie fibreux, en partie calcaires, soit par des couronnes de crochets. Après dissection de la poche on trouva les 2^e 3^e et 6^e côtes cariées et atrophiées au niveau de leur angle, les 3^e et 4^e très largement écartées l'une de l'autre et le muscle intercostal correspondant manquant sur une longueur de 2 pouces si bien que se trouvait là un orifice par lequel la poche extrathoracique communiquait avec une poche intrathoracique à peu près aussi volumineuse, mais beaucoup plus aplatie. Cette dernière avait une capsule épaisse, solide, cartilagineuse, adhérente en dehors à la plèvre costale, en dedans solidement au poumon refoulé. Elle contenait des acéphalocystes analogues à ceux de la tumeur externe.

Les 2 feuillets pleuraux étaient épaissis, les poumons oedématisés, les branches enflammées.

CARRE. — Note sur deux cas de kyste hydatique, (obs. I) : Tumeur hydatique siégeant au-dessous de l'épaule gauche. *Lyon médical*, 1873, t. III, p. 18.

Mme R., coiffeuse, âgée de quarante ans environ, a eu douze enfants dont la plupart sont morts d'hydrocéphalie ou d'affections cérébrales. Il y a trois ans, elle ressentit subitement en levant le bras pour coiffer un client, une douleur dans le côté gauche, douleur vive, mais qui cessa rapidement. Quelque temps après, étant allée à Paris, elle reconnut au côté gauche l'existence d'une petite tumeur. L'ayant examinée moi-même quelque temps après, je la trouvai fluctuante, et me basant sur des signes généraux d'anémie présentés par la malade, sur l'état de santé de ses enfants, je conclus à un abcès froid. Le 12^e accouchement, qui se produisit à quelque temps de là, vint augmenter la tumeur, mais Mme R. ayant refusé à plusieurs reprises le conseil que je lui donnais de l'ouvrir ou tout au moins de la vi-

der par le trocart, je perdis de vue cette malade pendant plus de deux ans.

Ayant été appelé auprès d'elle au commencement du mois de juillet 1873, je fus conduit de nouveau à voir cette tumeur et je fus frappé de son énorme volume. Au lieu d'une tumeur de la grosseur d'une petite pomme placée au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, je retrouvai une tumeur allongée verticalement et mesurant dans ce sens 24 centimètres et dans son plus grand diamètre transversal 15 centimètres. Cette tumeur était complètement irréductible, mais elle augmentait visiblement pendant les efforts provoqués par la toux. La malade sentait que la respiration correspondait à sa tumeur, et après sa respiration elle sentait, d'après ses propres termes, qu'elle respirait une 2^e fois par elle. La tumeur était fluctuante, mate à la percussion dans toute son étendue ; mais l'oreille appliquée dessus percevait manifestement partout et surtout à la base de cette tumeur le murmure vésiculaire.

Étonné du résultat de l'auscultation, je me décidai à prendre l'avis d'un confrère avant d'en venir à l'opération que la malade réclamait elle-même.

Une ponction fut faite le 22 juillet 1873 ; un liquide clair citrin et bientôt des débris des membranes sortirent par la canule. Le diagnostic était éclairci, il s'agissait d'un kyste hydatique. Un grand trocart embrocha la tumeur dans le sens de sa largeur et la vida en partie. Nous pûmes nous assurer alors qu'il existait plusieurs poches kystiques de divers volumes. Je désirai traverser la tumeur par un séton caustique qui me paraissait très propre à favoriser l'élimination des poches par les deux ouvertures d'entrée et de sortie. Mais le séton se rompit et nous décidâmes de faire une large application de potasse caustique.

L'opération fut suivie d'une fièvre intense, de vomissements, d'affaissement général, de douleurs dans la fosse iliaque, d'une grande angoisse au creux de l'estomac et de suffocation.

Le 29, apyrexie, la tumeur est indolente.

Le 27, accès fébrile tous les deux jours, frisson, chaleur, sueurs.

J'avais appliqué le lendemain de la ponction une couche de pâte de Vienne, de la dimension d'une pièce de cinq francs et par dessus de la pâte de Canquoin qui resta en place 2 heures 1/2. Cette application fut complètement inutile, car elle ne parvint pas à enlever la couche musculaire qui servait d'enveloppe au kyste.

La fièvre persista pendant une huitaine de jours avec le caractère remittent que j'ai indiqué, et un grand affaissement de la malade. Elle fut mise à l'usage du quinquina, du sulfate de quinine. L'écoulement du liquide ne discontinua jamais par l'ouverture supérieure du séton. Elles s'agrandirent bientôt toutes les deux et donnèrent issue à un nombre infini d'hydathides de dimensions variables. Je fis des injections d'abord avec le vin aromatique pur, puis l'écoulement étant purulent et entretenant une fièvre continue, j'agrandis l'ouverture supérieure avec le bistouri, et je pratiquai des injections iodées du 10 au 20 août. Il ne sort que quelques débris de membrane. Le 18 l'écoulement était peu abondant, la poche revenait facilement sur elle-même, et en introduisant un stylet dans son intérieur on était arrêté par des tractus inégaux, résistants, qui me paraissent être les tendons des muscles. La malade avait accusé depuis l'opération un poids au creux épigastrique et une sensation de corps étranger le long de l'œsophage, sensation qui l'empêchait d'avaler et semblait devoir être suivie de vomissement. Elle accusait une sensation analogue dans la fosse iliaque gauche, se prolongeant dans la cuisse.

Le 18, la malade qui se lève depuis quelques jours peut descendre. Il n'y a jamais de toux, mais seulement de la gêne respiratoire.

Le 1^{er} septembre, les deux ouvertures se fermaient, la veille il était sorti encore un fragment de membrane.

Il ne restait qu'un empâtement douloureux en certains points au siège de la tumeur. Mme R. se plaignait toujours d'une gêne

au niveau de l'estomac et dans la fosse iliaque gauche ; 15 septembre, guérison complète.

Mme R. est accouchée au commencement de mars de cette année d'un enfant bien portant.

LANDAU.— Echinococcus pleurae. *Zeitschrift. für Gynækologie*, 1876, p. 221.

Femme de 25 ans. Sur la moitié droite du thorax, tumeur grosse comme le poing. Située au-dessous de la mamelle, et paraissant attachée profondément à elle, son plus long diamètre s'étend du bord inférieur du thorax au bord supérieur de la 4^e côte. Les côtes sont très manifestement amincies si bien que leur partie la plus voisine de la tumeur n'est pas constatable. Au niveau de la tumeur même, aucun symptôme d'auscultation. Consistance élastique, sans fluctuation. La peau au niveau de la tumeur est normale. La zone de matité hépatique se confond avec celle de la tumeur. A la partie inférieure droite, la peau est d'apparence phlegmoneuse. Un diagnostic précis est impossible à poser. Une incision s'impose, étant donnée l'inflammation de la masse : une incision est donc faite suivant son grand axe ; on découvre de suite une capsule épaisse, facile à détacher de tous côtés ; elle est incisée parallèlement à l'incision cutanée. Alors s'écoulèrent environ 400 grammes de sérosité claire contenant 30 à 40 vésicules hydatiques dont la grosseur variait du volume d'une cerise à celui d'une pomme. Le sac avait usé les côtes, depuis le 4^e jusqu'au 6^e espace intercostal, au niveau de la ligne parasternale, et au milieu de cette zone érodée se trouvait un orifice où l'on pouvait introduire le petit doigt. Dans l'intérêt du patient on s'abstint de rechercher avec trop de détails les connexions de la masse avec la plèvre : à ce moment, du reste, survinrent de violents efforts de toux, qui projetèrent par l'orifice un certain nombre d'hydatides, tandis que chaque expiration faisait pénétrer l'air dans la poche intrathoracique. La partie extra-thoracique du kyste fut soigneusement dissé-

quée, la peau suturée, et un pansement phénique appliqué.

Dans les premiers jours de février, suppuration, toux violente donnant issue à des échinocoques, puis l'orifice devint fistuleux, et finit par s'oblitérer complètement.

VON LESSER. — Linkseitiger peripleuritischer Echinococcus, mit retromammaerem Durchbruch. — *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1881, p. 5.

Le 2 février 1880 vint me consulter une femme de 35 ans, porteur d'une tumeur du côté gauche du thorax. Cette tumeur avait été remarquée pour la première fois il y avait trois ans, s'était lentement accrue, et n'était devenue douloureuse que dernièrement.

Actuellement du volume du poing, la tumeur siège au-dessus et en arrière de la mamelle gauche, qu'elle fait légèrement saillir. Elle présente une fluctuation manifeste, n'est pas très distendue, et communique manifestement avec une tumeur plus petite siégeant au niveau de la ligne axillaire gauche. La percussion donne au niveau de la tumeur, et en arrière d'elle du côté du creux axillaire, une zone de matité. Auscultation normale. Peau saine, ganglions axillaires non hypertrophiés. Etat général satisfaisant.

On porta les diagnostics les plus divers : lipome mou rétro-mammaire, enchondrome costal, abcès périostique, empyème saillant, échinocoque rétro-mammaire, et on se décida à faire une ponction exploratrice, puis à extirper s'il s'agissait d'une tumeur, en tous cas à inciser et à nettoyer.

Le 4 février 1880 fut faite la ponction avec un trocart explorateur ; il s'écoula seulement quelques gouttes de sérosité sanglante. Alors j'incisai la peau en arrière de la mamelle sur le bord libre du grand pectoral, soulevai le muscle, et écartai les fibres du grand dentelé, avant d'arriver jusqu'à la tumeur : celle-ci était donc bien plus profonde qu'on ne l'avait d'abord supposé ; d'autre part il n'y en avait pas une seule mais deux : la première, du volume d'un citron, située en arrière de la ma-

melle, l'autre du volume d'une petite pomme, à mi-chemin entre la ligne mammaire et la ligne axillaire. Les deux tumeurs adhéraient à la paroi thoracique. La compression réduisit en partie le contenu et on put alors refouler la paroi antérieure du kyste dans un orifice de la paroi thoracique. En faisant des tentatives pour isoler la plus volumineuse des tumeurs, elle se rompit. Il sortit 300 grammes de sérosité hydatique avec des vésicules filles les unes claires, les autres contenant un liquide trouble ; en outre il y avait des crochets et des couronnes de crochets. En même temps que ce contenu s'évacuait, la petite tumeur s'affaissa. Je l'incisai également et pus pénétrer avec le doigt dans la poche intra-thoracique. Celle-ci était fusiforme avec son grand diamètre suivant la ligne axillaire. Sa paroi était partout lisse et sans doute très épaissie, car on ne pouvait la refouler que difficilement du côté du poumon et elle n'était que fort peu déplacée par l'expansion de cet organe. En arrière, à peu près au niveau du milieu de l'omoplate, on sentait une troisième perforation de la paroi thoracique, perforation où l'on pouvait introduire l'extrémité du petit doigt.

Les parois des poches hydatiques furent disséquées et réséquées au ras des perforations intercostales ; deux drains, dont l'un du volume du doigt, furent introduits par l'orifice intercostal postérieur, et deux autres moins volumineux introduits entre les parties molles et la paroi, l'un dirigé vers la ligne axillaire, l'autre vers la mamelle. Les plans profond et superficiel de la plaie furent fixés par un fil d'argent et le drain immobilisé par un fil analogue. La poche intrathoracique fut nettoyée avec une solution phéniquée à 3 0/0, jusqu'à ce que le liquide sortit clair et sans entraîner de vésicules filles.

Pansement phéniqué.

La guérison fut très lente. Le soir, jusqu'au 8^e jour, la température s'éleva le soir à 38°2, puis redescendit à la normale. Pendant ce temps, quelques vésicules filles de contenu clair s'étaient encore échappées et quelques sutures d'argent avaient été coupées le 10^e jour, le gros drain intra-thoracique fut retiré.

Le 16^e jour, les sutures furent enlevées, la suppuration était peu abondante, inodore ; les granulations se formaient bien dans la profondeur. A partir de ce moment les pansements furent faits à la polyclinique où la malade, qui habitait un village voisin de Leipzig, pouvait se rendre à pied.

Le 26 mars et le 5 avril, sortirent encore deux vésicules vides, et une cuiller à thé de sérosité trouble. La respiration au niveau de la plaie s'entendait bien un peu rude en arrière, la sonorité pulmonaire avait reparu sur toute l'étendue du thorax, mais était un peu diminuée au niveau de la plaie.

En fin avril, la plaie était réduite à une ligne ; comme rien ne s'écoulait plus par le drain il fut définitivement enlevée.

Au milieu de juin, la plaie était guérie, et le 13 juillet, la malade était présentée à la Société de médecine de Leipzig.

Depuis elle va bien, mais se plaint de tousser de temps en temps et de ressentir une sensation de pression dans la région hépatique, où l'on ne trouve du reste rien autre chose d'anormal.

Evolution.

La marche des kystes hydatiques primitifs de la plèvre est, ainsi qu'on a pu le voir par les faits cités jusqu'à présent, essentiellement lente, variant de quelques mois à quelques années. Elle est traversée de rémissions qui paraissent assez inexplicables.

Diagnostic.

Le diagnostic des kystes hydatiques primitifs intra-pleuraux est donc à faire avec tous les épanchements chroniques de la plèvre: c'est dire qu'il ne pourra, le plus souvent, qu'être à peine soupçonné, et seulement lorsque se révéleront les trois symptômes ou l'un des trois symptômes sur l'intérêt clinique desquels nous avons insisté précédemment.

On retirerait quelque probabilité de la coexistence de kystes hydatiques en d'autres régions du corps.

Du reste les kystes hydatiques du foie ou du poumon peuvent eux-mêmes simuler les kystes hydatiques primitifs de la plèvre. Dans l'un et dans l'autre cas on essaiera d'établir le diagnostic d'après la préexistence dans le cas de kyste hydatique du foie de symptômes hépatiques, dans le cas de kyste hydatique du poumon de symptômes pulmonaires. En outre, lorsqu'un kyste hydatique hépatique ou pulmonaire se rompt dans la plèvre, les symptômes pleuraux ont un début brusque, revêtant tout de suite l'aspect de pleurésie purulente, qui ne se montrent dans le kyste primitif de la plèvre qu'à la suite de son ouverture au dehors (chirurgicale ou spontanée) ou bien de son ouverture pulmonaire, dont nous ne connaissons du reste pas d'exemple, ou bien d'une infection médicale intercurrente.

Pronostic.

Abandonné à lui-même, le kyste hydatique primitif de la plèvre est d'un pronostic fatal.

D'ordinaire le malade meurt par progression des symptômes pulmonaires dus à la présence de la collection pleurale : nous avons déjà cité des faits où cette terminaison fatale s'est produite au cours d'une crise de dyspnée relativement caractéristique : elle peut aussi survenir plus vulgairement, par asphyxie progressive.

LEMAITRE. — Vomissements sanguinolents, douleur dans le côté gauche de la poitrine, dyspnée, signes physiques d'un épanchement pleurétique : mort. Kyste hydatique de la plèvre, autre du foie. *Bull. Soc. Anat.*, 1850, p. 106.

M. Lemaître présente des acéphalocystes développés dans la cavité de la plèvre, chez une femme de 41 ans, morte à la Charité dans le service d'Andral. Jusqu'à l'âge de 35 ans, cette femme avait joui d'une excellente santé. A cette époque il se produisit chez elle des vomissements sanguinolents, qui reparurent 2 fois par semaine pendant 2 années : Les vomissements cessèrent peu à peu, et sa santé se rétablit complètement.

Il y a 17 mois se manifesta, sans cause connue, dans le côté gauche de la poitrine, une douleur assez vive, qui redoublait au moindre mouvement, la respiration devint un peu plus courte qu'auparavant. Malgré cette douleur, la malade continua à exercer son métier de marchande des quatre-saisons ; mais il y a 7 mois elle fut obligée d'entrer à la Pitié. Elle quitta cet hôpital après un séjour assez long, et fut admise à la Charité le 14 février 1850. A son entrée elle présentait tous les signes d'un énorme

épanchement dans la plèvre gauche (souffle bronchique, matité, cœur refoulé à droite). On la traita en conséquence sans aucun résultat. Le 9 mars, M. Andral annonce qu'il ferait pratiquer le lendemain l'opération de la thoracentèse ; mais la malade mourut dans la nuit avec des symptômes d'asphyxie.

A l'autopsie, on trouva le cœur refoulé à droite, le poumon droit sain, la plèvre du même côté renfermant une petite quantité de sérosité transparente. A gauche le poumon est réduit au volume du poing, il est refoulé en dedans et en arrière vers la colonne vertébrale ; la cavité de la plèvre est occupée par une énorme poche fluctuante dans les parois blanches et opaques comme du blanc d'œuf coagulé, sont entièrement semblables aux parois des vésicules acéphalocystes. La surface externe de cette poche, partout lisse et énucléable, est séparée de la plèvre par une matière gélatineuse jaunâtre peu consistante ; ses parois, épaisses de 3 millimètres, se composent de plusieurs feuillets superposés ; sa surface externe est un peu inégale et comme chagrinée, on y aperçoit à l'œil nu une multitude de petits points blancs ; à l'intérieur elle contient 3 litres d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre, d'apparence homogène. L'examen microscopique de ce liquide et de la surface externe des parois de la poche permet de constater partout l'existence d'un très grand nombre d'échinocoques. Cette poche est donc une énorme vésicule acéphalocyste développée dans la cavité même de la plèvre.

Un autre kyste acéphalocyste, du volume d'un gros œuf de poule, renfermant une vésicule unique et de nombreux échinocoques, existe dans l'épaisseur du foie ; la vésicule biliaire est pleine de calculs.

CARON. — Hydatide de la plèvre droite. *Bull. Soc. Anatomique*, 1852, XXVII, 455-457.

Malade entré le 18 octobre à l'hôpital Sainte-Marguerite pour une affection qui remontait à 1848, et sur laquelle il ne donnait que des renseignements assez vagues. Il avait eu dans l'o-

rigine quelques vomissements de sang, de la gêne dans la respiration, de la toux sans expectoration. Néanmoins jusqu'en 1850, ses forces s'étaient bien conservées : mais à dater de cette époque l'affaiblissement est devenu sensible, l'oppression plus considérable, et au mois de septembre dernier ce malade a été obligé de renoncer à son travail. Pendant tout ce temps-là il n'a pas eu, à proprement parler de maladie aiguë. Au moment de son entrée nous avons constaté une gêne de la respiration très marquée ; l'absence du murmure vésiculaire dans la partie droite et inférieure de la cavité thoracique ; de la matité au même point ; une respiration bronchique, mais sans égophonie au niveau de la fosse sous-épineuse. Le diagnostic a été un épanchement pleurétique. L'oppression augmentant chaque jour, et la matité étant déjà remontée jusqu'à la troisième côte, on se décida à la thoracentèse, et il ne sortit que quelques grammes d'un liquide transparent. A la suite de cette opération les difficultés de la respiration devinrent plus considérables encore ; l'asphyxie parut imminente. Quelques jours avant la mort il se passa plusieurs phénomènes dont il faut tenir compte. Le 28, il se montre un œdème peu considérable, d'abord limité au côté droit, et s'étendant à la face et au membre. Le 29, une coloration violacée apparaît à la face et à la moitié droite du tronc ; les veines jugulaires sont gonflées ; un bruit de souffle très rude se fait entendre au premier temps du cœur. Le 30 exagération du même symptôme ; la cyanose gagne l'épaule gauche, puis tout le reste du tronc, le bruit de souffle persiste, la mort survient le même jour.

En ouvrant la cavité thoracique, nous trouvons dans la plèvre droite, vers la partie supérieure, un litre environ d'un liquide séreux trouble. Après avoir vidé ce liquide, nous trouvons une vaste poche, grosse comme la tête d'un enfant, masquant tout le lobe inférieur du poumon, refoulant le poumon à gauche, le foie et le diaphragme en bas et contenant dans son intérieur du liquide un peu sanguinolent (ce qui provient sans doute de la thoracentèse pratiquée pendant la vie) ; et, en

outre, une seconde poche à paroi blanche un peu veloutée et tomenteuse à sa surface interne présentant même en quelques jours de véritables végétations et remplie par deux litres d'un liquide sanguinolent aussi. Le lobe inférieur du poumon droit, atrophié par la compression, a presque disparu; en bas, comme nous l'avons dit, le diaphragme et la face supérieure du foie, devenu adhérent ont été fortement refoulés; la tumeur s'est pour ainsi dire creusé un nid dans l'épaule du foie; de telle sorte que le foie, séparé, présente à la face supérieure de son lobe droit une vaste excavation capable de loger la tête d'un enfant, ce qui réduit en certains points son épaisseur à quelques millimètres; à la face inférieure du foie on rencontre deux ou trois nouvelles poches hydatiques distinctes séparées par des espèces de cloisons parenchymateuses et variant du volume d'une noix à celui d'un petit pois. Les plus petites sont colorées en brun par la bile. Tous les organes sont sains; rien dans le cœur ne peut rendre raison du bruit de souffle entendu.

GENOUVILLE. — Volumineux kyste hydatique de la plèvre droite,
Bull. Soc. Anat., 1857, p. 56.

Confl. Jean, âgé de 72 ans, journalier entre le 21 février 1857 à l'hôpital St. Antoine, salle St. Louis, 31, pour y être traité d'une affection du cœur caractérisée par un bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base au premier temps et par une matité assez étendue à la région précordiale.

Cet homme avait les jambes enflées et se plaignait de gêne dans la respiration. L'attention se porta principalement sur l'affection du cœur et ce ne fut que le 10 mars, c'est-à-dire 7 jours avant sa mort, qu'il accusa dans le côté droit de la poitrine une douleur assez vive. On put constater alors par la percussion une matité occupant toute la partie postérieure du côté droit du thorax et par l'auscultation du souffle bronchique dans les fosses sus et sous épineuse, absence de respiration dans le reste de ce côté.

La dyspnée devient de plus en plus grande; on trouvait en

effet dans le poumon gauche de nombreux râles sous-crépitaux. Le malade mourut le 17 mars à 8 heures du matin. Autopsie 24 heures après la mort.

En ouvrant la poitrine par deux sections faites au niveau des articulations chondro-costales on s'aperçoit que le côté droit du thorax est divisé verticalement en deux parties : l'une, la plus interne, est constituée par le poumon, l'autre externe, par une poche volumineuse qui lui est accolée dans tout son bord libre et dont il est impossible de la séparer. Cette poche adhère aux parois thoraciques, mais d'une manière lâche et qui permet de l'en séparer assez facilement avec la main.

Ce n'est qu'après avoir enlevé tout le contenu du thorax que l'on peut bien se rendre compte de la forme, de l'étendue et de la position de cette poche. Le poumon droit et la poche conservent tout à fait la forme de la cavité thoracique, refoulée vers le médiastin, mais d'une manière égale et régulière.

Le poumon occupe le $\frac{1}{3}$ interne de la cavité thoracique droite, sans empiéter sur le médiastin et sans refouler le cœur ; son bord libre a été en quelque sorte aplati et il reste au côté interne de la poche une tranche de poumon qui a 6 à 7 centimètres dans sa plus grande épaisseur.

La poche occupe les $\frac{2}{3}$ externes de la cavité thoracique droite, elle est de couleur blanc jaunâtre, dans quelques points de sa surface on voit l'empreinte des côtes, elle est assez lisse, résistante et donne au palper une sensation de fluctuation qui fait présumer qu'elle renferme du liquide. En effet, en l'ouvrant, il s'écoule environ 2 litres $\frac{1}{2}$ d'un liquide jaunâtre, couleur mastic gras et onctueuse au toucher ; peu épais d'abord, il le devient de plus en plus dans les couches les plus inférieures, ou il acquiert la consistance crèmeuse.

L'intérieur de la poche est tapissé par une très grande quantité de plaques crétacées qui n'ont cependant pas partout la même épaisseur et la même consistance ; c'est surtout au niveau des angles que forme la poche en adhérant au poumon qu'on les rencontre, et aussi au niveau du diaphragme. Les parois de

la poche elle-même ont sensiblement la même épaisseur, excepté aux endroits qui adhèrent au poumon, ou elle est alors moins épaisse.

Le poumon est adhérent à la poche, mais par une dissection attentive on peut très bien l'en isoler. Ces parties détachées sont recouvertes d'une membrane qui semble être la plèvre pulmonaire.

Quant à l'état du poumon très afaissé, il est crépitant, se laisse facilement insuffler, et l'air reste très bien dans les parties qui ont été détachées de la poche.

Quant aux rapports de la plèvre pariétale avec cette poche, ils sont très difficiles à déterminer ; en effet cette plèvre accusée au niveau de la réunion du kyste et du poumon, devient tellement adhérente, qu'il est impossible de savoir ce qu'elle devient.

Exceptionnellement la mort survient par infection spontanée de la poche, comme dans le cas suivant de Wallmann.

WALLMANN d'après MEISSNER. — Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Echinococcus und Cysticercus cellulosae beim Menschen. *Schmidts Jahrbücher*, 1862, t. IV, p. 181 (Observation II).

Une jeune femme de 34 ans avait déjà souffert dans l'été de 1857 de pleurésie avec toux ; depuis elle était considérablement maigri était devenue dyspnéique, et en octobre 1859 se plaignait de nouveau de fièvre, de points de côté, et de toux très pénible. L'examen, le 9^e jour de la maladie, montra de la manière la plus nette la distension de la moitié droite du thorax ; la respiration était haletante, avec écartement des espaces intercostaux, et immobilisation manifeste de la moitié droite du thorax. A droite, percussion normale ; à gauche depuis la clavicule jusqu'à la 3^e côte, son haut et tympanique ; de là à la 4^e submatité et de là jusqu'à l'épine antéro-supérieure, matité.

Respiration vésiculaire. Au bout de 4 mois amélioration, puis quelques jours après frisson et marasme, douleurs dans les 7^e et 8^e espaces intercostaux au niveau de la ligne axillaire : là se manifeste de la fluctuation avec rougeur de la peau ; la mort survient 3 mois après cette rechute.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre droite, refoulant les lobes moyen et inférieur, et s'étendant de la 2^e à la 8^e côte une poche contenant un liquide purulent, et des débris où l'on trouva des débris de crochet. Le cœur était refoulé à gauche, et le foie abaissé.

En somme le pronostic spontané est absolument fatal.

Traitement.

Il faut donc intervenir avec ou sans diagnostic.

La thoracentèse ne suffit pas, et si on peut l'accepter comme moyen de diagnostic on doit la repousser comme méthode de traitement. Dans le cas de Vidal elle n'a permis que l'issue d'une minime quantité de liquide et n'a pas empêché la mort du malade.

VIDAL. — Kyste hydatique de la cavité pleurale.

Bull. Soc. Anatomique, 1857, p. 58.

J'ai vu avec notre collègue, M. Cheruel, un fait dans lequel le kyste hydatique, à peine fixé par quelques adhérences aux deux feuilles de la plèvre entre lesquels il était logé, a été pour ainsi dire pris sur le fait de son mode d'évolution.

Cette hydatide avait le volume du poing; elle était unique, ne renfermant pas d'acéphalocystes libres et était remplie par un liquide hyalin. La face interne de la poche était semée de nombreuses granulations de diverses grosseurs. Elle était placée en dehors et en arrière de la base du poumon gauche dans la cavité pleurale, où elle était entourée par des fausses membranes jaunâtres, molles, de formation récente et baignée par quelques cuillerées de sérosité trouble, dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Aucun kyste fibreux adventif n'entourait l'hydatide; le poumon était à peine refoulé, et sauf un peu de congestion, paraissait sain. On trouvait en outre toutes les altérations propres au choléra. En effet, le malade entré le 3 novembre 1853 à la maison municipale de santé, service de M. Vigla, pour se faire traiter d'une pleurésie gauche, succombait le 16 novembre dans la période algide d'un choléra asiatique dans

les premiers symptômes paraissant trois jours avant la mort, et dix jours après son entrée dans des salles dans lesquelles l'épidémie venait de faire son apparition. Ce malade souffrait depuis 10 mois, époque à laquelle il avait eu une fluxion de poitrine ; depuis lors, il ne s'était jamais complètement rétabli, et était devenu sujet à tousser et à éprouver de l'oppression. Au moment de son entrée, on diagnostiquait une pleurésie gauche, probablement chronique, caractérisée par de l'égophonie, du souffle pleurétique sous l'aisselle, avec matité absolue à la base et résonnance scodique au sommet du poumon. La respiration était rude et s'accompagnait d'expiration prolongée au sommet du poumon gauche. Un séton fut passé à travers les téguments de la poitrine au niveau du 6^e espace intercostal. Le 10, la respiration était plus libre, l'égophonie avait disparu, on entendait le bruit de frottement pleurétique et la matité, presque absolue en arrière, était beaucoup moins prononcée sous l'aisselle. Le 13, le malade semblait en convalescence franche, lorsqu'à minuit, il fut pris brusquement des symptômes cholériformes.

Au contraire l'incision de la paroi thoracique au bistouri, suivie d'évacuation complète de contenu pleural, d'extraction des parties de kystes qui se décomposeraient autrement dans sa cavité a toujours été suivie de succès : Un seul fait a été malheureux et certes la méthode suivie n'y est pour rien : La malade (Boyd) est morte 3 semaines après l'intervention de crises cardiaques dues à la pullulation d'hydatides intra-péricardiques. Quant au manuel opératoire à suivre, nous n'y insisterons pas : on ne craindra pas les ouvertures larges, on extraira doucement et prudemment les poches, on facilitera par des lavages l'évacuation des hydatides filles, et si le liquide pleural est suppuré avant l'opération, ou le devient après, ce qui peut être ici particulièrement difficile à éviter, on évitera toute sta-

gnation, et l'on ne craindra pas les lavages répétés : il ne s'agit pas ici d'une pleurotomie pour pleurésie à pneumocoques qui guérit sous un seul pansement, mais d'une pleurotomie pour une affection qui peut repulluler, qui laisse dans la plèvre des débris tout prêts pour l'infection, et qui exige dès lors une surveillance prolongée.

Ajoutons du reste que le peu d'épaisseur des membranes adventices, la souplesse relative conservée par les poumons, ont permis jusqu'à présent, dans les observations publiées, d'éviter toute résection pariétale (opération d'Estlander).

Voici quelques observations guéries par intervention : nous y joindrons notre observation personnelle qui par la longueur du temps pendant lequel nous avons eu la malade à notre disposition, présente un intérêt tout particulier.

MOUTARD-MARTIN. — Un cas d'hydatides de la plèvre. *Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 614.

Un jeune homme de dix-sept ans entra vers le commencement du mois d'octobre à l'hôpital Beaujon, se disant malade depuis trois semaines. La maladie débuta par un frisson et un point de côté à droite. La fièvre devient continue et avec recrudescence et frisson tous les soirs.

A l'entrée dans les salles, on constate l'état suivant : coloration jaune du visage, lèvres décolorées, peau chaude, sèche, pouls battant 140 fois par minute. Le malade accuse des sueurs nocturnes. L'examen direct de la poitrine montre une dilatation très appréciable du côté droit, qui est mat à la percussion en avant et en arrière, dans toute la hauteur; on y trouve un souffle prononcé et de l'égophonie vers la pointe de l'omoplate. Dans le reste de l'étendue, le murmure vésiculaire n'est pas

perçu par l'oreille. On diagnostique un épanchement thoracique considérable et soupçonne qu'il doit être purulent. On fait immédiatement une ponction et enfonce profondément le trocart. Aucune goutte de liquide ne sort par la canule. L'inutilité de cette ponction et la certitude absolue d'un liquide dans la plèvre engagent M. Moutard-Martin à faire une seconde ponction dans l'espace intercostal situé au-dessus. Cette fois, il sort par la canule quelques gouttes de pus et des grumeaux jaunâtres épais. L'appareil de M. Dieulafoy est employé pour aider par aspiration à l'issue du liquide ; on ne peut néanmoins retirer plus de 20 grammes de pus. Le lendemain M. Moutard-Martin se décide à pratiquer l'opération de l'empyème, et fait une incision de 6 centimètres de longueur dans l'espace intercostal. Aussitôt l'incision faite, un flot de pus est lancé à distance et par saccades. A ce moment, il se présenta à travers les lèvres de l'incision, un paquet de membranes jaunâtres que l'on attira avec des pinces. C'était une volumineuse membrane d'un kyste hydatique flétri. Il en sortit ainsi 5 ou 6. Plusieurs hydatides entières mais plus petites furent rejetées avec une grande quantité de pus. Des lavages abondants avec de l'eau alcoolisée furent faits tous les jours suivants, et chaque jour on chassa par ce moyen plusieurs kystes entiers.

Le malade, considérablement soulagé par l'opération, est encore en traitement. On peut espérer un résultat favorable. La suppuration est sans odeur et diminue de jour en jour. L'eau alcoolisée injectée dans la plèvre en sort souvent à peine troublée. L'état général du malade va s'améliorant.

GROOM. — Hydatid cyst of right pleural ; évacuation. *Lancet*, 1884, I, 1884, I, 1886.

Lydie B., fillette délicate, âgée de 15 ans, fut admise à « West Derby Union hospital, Liverpool » le 1^{er} août 1882. Sa mère déclare qu'elle a eu une bonne santé jusqu'en mars 1880, où à la suite d'un refroidissement elle fut prise de douleurs dans le côté gauche, gêne de la respiration, petites attaques de sueur pen-

dant la nuit, et émaciation graduelle. Ces symptômes augmentèrent de gravité, jusqu'au moment de l'admission, malgré les traitements médicaux régulièrement suivis: tout le temps on constata l'absence de toux, d'hémoptysie, de troubles alimentaires, de jaunisse ou de tous autres symptômes relevant d'une affection hépatique. Une semaine avant l'admission on avait ponctionné le côté droit du thorax et retiré trois pintes de liquide qui firent penser à un empyème, ce qui décida l'envoi à l'hôpital. L'évacuation de liquide fut suivie d'une amélioration très légère. A l'admission, la patiente était amaigrie, pâle avec les conjonctives pâles et décolorées. Elle ne pouvait rester étendue et dormait assise dans son lit, avec la tête reposant sur les mains. Elle se plaignait de vives douleurs dans le côté droit, surtout à la partie postérieure du thorax. Le pouls était de 84, la respiration de 32; la température était normale, et continua telle après la thoracentèse. L'examen du thorax montra que tout le côté droit présentait des dilatations veineuses superficielles, avec élévation de la température, et grande sensibilité à la pression. Il y avait tous les symptômes d'un épanchement distendant le côté droit de la plèvre, avec saillie marquée des espaces intercostaux, depuis la clavicule jusqu'au diaphragme. Le côté droit du thorax au niveau des mamelons mesurait 14 pouces $1/2$; le côté gauche 13 pouces $1/2$. Le poumon gauche, sauf une légère rudesse du murmure vésiculaire, ne présentait rien de particulier. L'auscultation du cœur le montrait refoulé à gauche, la pointe étant à $1/2$ pouce au dessous et un pouce en dehors du mamelon gauche. Le foie s'étendait à $1/2$ pouce au dessous du rebord costal mais il paraissait normal, ainsi que tous les autres organes abdominaux.

Le 4 août, la plèvre droite fut ouverte, avec les précautions antiseptiques, par une incision de 1 pouce $1/2$ de long au niveau du 2^e espace intercostal, un pouce en avant du bord axillaire de l'omoplate. Par l'incision s'échappèrent 40 onces d'un liquide inodore, légèrement trouble, de couleur foncé, contenant de nombreux flocons roses, avec des kystes incolores, variant de

volume depuis une tête d'épingle jusqu'à une bille. A l'intérieur de quelques-uns des kystes on en voyait flotter d'autres, plus petits. Les flocons, et une quantité considérable de matière huileuse qui flottait à la surface du liquide furent regardés comme dus à la dégénération des parois d'un certain nombre de kystes, et, en effet, s'échappèrent finalement des kystes vidés, ayant en partie subi cette dégénération. Le doigt introduit par l'incision trouva dans la plèvre un certain nombre de kystes flottants et put explorer la face supérieure du diaphragme, qui était lisse et saine.

11 heures du soir, pouls 92, respiration 26, température 98, 8 Fahrenheit.

5 août. — Le sommeil a été bon pendant la nuit : la malade a reposé sur le dos, la tête appuyée sur un oreiller. Pouls 104, respiration 26, température 99. En enlevant le pansement, il s'écoule dix onces de liquide analogue à celui évacué la veille, et 30 kystes environ sortent par lavage de la plèvre avec une solution phéniquée faible. 11 heures soir : Pouls 100, respiration 28, température 99.

6. — Pouls 100, respiration 27, température relative du matin 99°4, du soir 101.

7. — Température 101°4. Le lavage donne issue à plus de 100 kystes. Les jours suivants, un grand nombre de kystes continuent à s'échapper, quelques-uns plus volumineux que tous ceux vus jusqu'à présent ; le liquide devient peu à peu purulent, et la température prend le caractère hectique.

22. — Deux volumineux lambeaux de paroi kystique se présentent à l'ouverture et sont extraits ; le plus large mesure 4 pouces sur 3 et environ une ligne d'épaisseur. Ils sont légèrement jaunâtres, translucides, d'aspect hyalin, et se séparent en deux couches. Ils faisaient évidemment partie de la membrane mère d'un kyste hydatique et du reste le grattage de leur face interne donna des scolex reconnus au microscope.

27. — Deux nouveaux lambeaux sortent, assez analogues aux

précédents ; l'un mesure 2 pouces sur un. Maintenant les deux côtés du thorax mesurent 13 pouces 1/2.

Après cette date, un petit nombre de kystes apparurent encore, le cas prenant l'aspect d'un empyème vulgaire traité par incision thoracique ; la malade du reste s'améliorait et gagnait du poids.

Elle quitta l'hôpital sur sa demande le 9 mai 1883 quoiqu'il restât encore une fistulette d'où s'écoula par jour quelques gouttes de pus.

Elle fut revue chez elle le 6 mars 1884, en excellent état. Les seins ne s'étaient pas développés, les règles n'étaient pas apparues et quoique âgée de 17 ans, la fillette n'en paraissait pas plus de 10. Le côté droit du thorax s'était affaissé, en provoquant une scoliose considérable avec affaissement de l'épaule droite ; la fistule était toujours ouverte et donnait par jour une cuillerée de pus épais et jaunâtre. Le côté gauche du thorax mesurait maintenant 14 pouces, et le côté droit 12 ; la pointe du cœur était à un demi pouce en dehors du mamelon. Le poumon droit était bien sonore et bien distendu par l'air sauf à la base et dans les alentours de la région axillaire. Le foie était normal et il n'y avait aucun symptôme de nouvelle localisation hydatique.

OBSERVATION INÉDITE ET PERSONNELLE.

Mme L. C., demeurant à Rollebaise (Seine-et-Oise), âgée de 38 ans. Mariée, pas d'enfant ni de fausses couches. Toujours règles régulières. Mère morte à 43 ans d'affection organique, et père mort à 63 ans de cystite calculieuse.

Elle n'a jamais habité de maison où il y a eu des chiens ou des moutons.

En 1888, elle a été prise subitement, une nuit, de douleurs violentes dans le côté droit, ces douleurs, accompagnées d'oppression avec intensité terrible ont duré 3 heures, lors de cette première crise, survenue sans cause appréciable.

Pendant un mois, des crises analogues, mais durant seule-

ment une heure ou deux, revinrent toutes les après-midi ; elles étaient à peu près arrêtées par des piqûres de morphine.

Au bout de ce temps, les crises s'atténuèrent, mais il persista quand même de l'oppression et se manifestèrent de la peine à mouvoir le bras droit, en même temps, qu'au moment des efforts, une sensation de poids à l'épigastre.

En 1890, se reproduisit une série d'accès d'oppression et de douleurs qui dura 4 mois ; entre les accès la gêne de la respiration persistait, quoique très atténuée.

Jusqu'à ce moment, la malade avait été traitée pour une pleurésie chronique et c'est alors que je la vis pour la première fois. Le diagnostic porté me parut du reste satisfaisant : la matité remontait, du côté droit, jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, le murmure vésiculaire était à peine perceptible, le cœur légèrement déplacé ; pas d'égophonie. J'appliquai un vésicatoire sur le côté.

Le 15 août, je remarquai, au niveau du 5^e espace intercostal droit, un peu en avant de la ligne axillaire, une tumeur fluctuante à plus grand diamètre transversal, et du volume d'un œuf de poule. La malade me dit qu'elle avait reçu quelques jours avant en ce point un coup de tête de vache.

Le 20 août, incision de 3 centimètres de long, écoulement de quelques gouttes de pus, drainage et lavages phéniqués. Le drain ne s'enfonce que de quelques centimètres et semble arrêté par des adhérences pleurales car la paroi thoracique a été entièrement traversée par le bistouri.

Le 26 août, la malade était assise dans son fauteuil lorsqu'elle sentit tout à coup, sans cause appréciable son pansement inondé : il fut au bout de quelques minutes traversé complètement : On vint me chercher, et je constatai en le défaisant qu'il était sorti par la plaie, en même temps qu'une quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, des débris de membrane et quelques petites vésicules absolument transparentes.

Il en sort quelques autres pendant les jours suivants variant du volume d'un œuf de tourterelle à celui d'un œuf de poule.

Certaines absolument intactes, d'autres réduites à l'état de longues membranes.

Le 3 septembre, le D^r Baronnet de Mantes vient voir ma malade, et confirme le diagnostic porté depuis quelques jours de kyste hydatique intra-thoracique, certainement pleural et non pulmonaire à cause de l'absence de tout symptôme d'affection de l'organe respiratoire (toux, crachats).

Malgré les précautions antiseptiques, le liquide qui continue à couler par l'orifice suppuré légèrement, puis abondamment, et les quelques hydatides qui en sortent encore de temps en temps sont suppurées, jaune-verdâtre.

La malade se cachectise et malgré tout refuse toute autre intervention que des pansements tout à fait superficiels. Nous insistons en vain, le D^r Baronnet et moi, dans une nouvelle consultation sur la nécessité d'une pleurotomie faite très au-dessous de l'incision actuelle.

Enfin, et très tard, le 26 novembre nous obtenons de dilater l'orifice avec des tiges de laminaires, et de faire, 2 fois par jour des lavages pleuraux à l'eau boricuée ou à l'eau bouillie simplement.

Malgré son insuffisance, cette thérapeutique améliora la malade. La suppuration diminua peu à peu, quoique bien lentement, l'orifice réduit à une fistule étroite et peu profonde, finit par se cicatriser. La malade n'avait plus de poussement le 20 décembre.

Actuellement (octobre 94) elle présente seulement de la submatité dans la région thoracique droite au-dessous de la 6^e côte, et sur la même étendue un peu d'obscurité du murmure vésiculaire. L'état général est parfait, et l'aspect des plus vigoureux.

CONCLUSIONS.

1° Le kyste hydatique primitif de la plèvre est une affection rare, mais dont l'existence est démontrée par des observations probantes.

2° En dehors des symptômes habituels des épanchements chroniques de la plèvre, il se caractérise parfois.

a) par des crises de dyspnée d'une intensité toute particulière sans toux ni sputation.

b) par la disposition convexe de la limite supérieure de la matité, disposition qui peut le faire confondre à droite avec un kyste hydatique du foie, mais qui à gauche lui semble tout à fait particulière.

c) par l'apparition possible, après usure de la paroi, d'un diverticule extra-thoracique qui peut devenir considérable et qui diffère à ce point de vue de la saillie intercostale parfois notée dans l'empyème.

3° Le seul traitement possible est le traitement chirurgical consistant dans l'évacuation complète du contenu pleural, après pleurotomie. Si le contenu n'est pas infecté, la réunion par première intention s'impose, s'il est suppuré on doit se résoudre au traitement long et délicat des pleurésies purulentes à streptocoques.

BIBLIOGRAPHIE

- Bezou.** — *Kystes hydatiques du poumon*. Paris, 1892-93.
- Hearn.** — *Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre*. Th. Paris, 1875.
- Duetsch.** — *Ein Fall von Echinococcusblasen im Pleurasacke durch die Operation zur Heilung gebracht*. I. D, za Kiel, 1889.
- Arzela.** — Ciste da echinococco nella cavita pleurica destra, ripiena di essudato speciale, con mancanza del polmone corrispondente. *Gaz. d. Osp.* Milano, 1882. III, 435, 437.
- Caron.** — Hydatide de la plèvre droite. *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1852, XXVII, 455, 457.
- Caussanel.** — Kyste hydatique ouvert dans la plèvre, pleurésie consécutive, mort. *Alger médical*, 1876, 1 vol. 135-137.
- Gallard.** — Kystes hydatiques de la plèvre droite, dégénérescence particulière des ganglions péri-hépatiques. *Union médicale*, 1883, 2^e s., VII, 375-379.
- Genouville.** — Volumineux kyste hydatique de la plèvre droite. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1857, XXXII, 56-59.
- Groom** (H. P.) — Hydatid cyst of right pleura, évacuation. *Lancet*, 1884, I, 846.
- Kirkes** (W. S.). — Hydatid cyst in the pleura. *Med. Times*, 1851, n. s., II, 10-12.
- Lesser** (Von). — Linkseitiger peripleuritischer Echinococcus mit retromammærem Durchbruch *Deutsche. Med. Woch. Berl.*, 1881, VII, 5-7.
- Roger.** — Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants; deux obs. *Union méd.* 1861, 2 s., XII, 308-328.
- Duvernoy.** — *De l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la plèvre et dans les bronches*. Th. Paris, 1879.
- Andrew.** — Large hydatid tumour of liver and right pleura; puncture, followed by collapse, peritonitis, and suppuration within the mother cyst, free opening, permitting discharge of numerous hydatid cysts from time to time; pleuro-pneumonia of right side, autopsy. *Lancet*, 1875. II, 799.
- Bienfait.** — Kystes hydatiques du foie rompus dans la plèvre; empyème, mort. *Bull. Soc. med. de Rennes*, 1889-70, IX, 40-44.

- Bourdon.** — Kyste hydatique suppuré du foie, ouvert dans la plèvre et dans les bronches. *Bull. Soc. Anat.*, 1874, XXV, 25.
- Birstowe.** — Hydatid abscess of the liver, opening in the right pleural cavity. In *Path. Soc.*, London, 1880-82, III, 341-344.
- Budin et Regnaud.** — Kyste hydatique suppuré du foie, ouvert à l'extérieur; symptômes de pneumo-thorax. *Bull. Soc. Anat.*, 1874, XLIX, 157-162.
- Cayla.** — Kyste hydatique suppuré du foie et ouverture simultanée dans la plèvre droite et dans les voies biliaires; empyème, mort par péritonite. *Bull. Soc. Anat.*, 1884, LIX, 428-434.
- Foucart.** — Kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre; pleurésie avec épanchement. *Gaz. des hôp.*, 1881, 3, s., III, 397.
- Fouquier.** — Kyste hydatique dans le foie et ouverture spontanée dans la plèvre et le poumon droit, pneumothorax. Mort. *Clin. des hôp.*, 1827, 3, II, 325.
- Grenhow.** — Large hydatid cyst of the liver, perforating the diaphragm, and occupying the greater part of the right pleural sac. *Tr. Path. Soc. London*, 1873-4, XXV, 130,3.
- Grill.** — Empyema, the result of bursting of hydatid of the liver into the pleura and lung tissue, fatal result. *Lancet*, 1862, II, 289.
- Israël.** — Echinococcus der Leber und Pleurahoeble. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1876-77, XX, 28.
- Israël.** — Fall von Leber Echinococcus aut Durchbruch in die rechte Pleurahoeble und Lunge. *Vern. d. deuts. Ges. f. Chir.*, 77, VI, 89-92.
- Landouzy.** — Du rôle de la bile épanchée, par ulcération des canaux biliaires, ou injectée dans la guérison des kystes du foie; kyste hydatique, développé dans le foie et la plèvre, communiquant avec le cholédoque et renfermant des hydatides flétris, ictère, symptômes de cholémie. *Gaz. med.*, Paris, 1874, II, 56-58.
- Legroux.** — Kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre; apparition probable des mêmes kystes dans le mésentère. *Bull. Soc. Anat.*, t. 857, XVII, 17.
- Mayor.** — Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et dans la plèvre. 361, 865, *Progrès med.*, 1877, V, 732.
- Mercier.** — Perforation présumée hydatique du poumon droit, hydatides dans la plèvre droite et dans le foie. *Bull. Soc. Anat.*, 1838, XIII, 71-81.
- Moxon.** — A case of hydatid tumour in the liver; suppuration, discharge into the right pleural cavity; evacuation, recovery. *Med. Times and Gazette*, 1879, II, 557.

- Oulmont.** — Kyste hydatique du foie, non suppuré, ouvert en partie dans la plèvre droite et dans les bronches du poumon droit; pyo-pneumothorax, vomiques, ponctions d'abord de la plèvre et plus tard du kyste. *Rev. de therap. med. chir.*, 1880, XLVII, 310-313.
- Robert et Martin.** — Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite, pyo-pneumothorax et vomiques abondants; opération d'empyème, guérison, *Union méd.*, 1873, XVI, 887-909.
- Russell.** — Two large hydatid tumours of the liver, communicating the one with the right pleural cavity, the other with the bronchial tubes of the left lung, and also with the stomach. *Med. Times and Gaz.*, 1873, I, 439.
- Trousseau.** — Kyste hydatique du foie ouvert successivement dans les voies biliaires, au-dessous du diaphragme et dans la plèvre. *Gaz. des hôp.*, 1863, XXXVI, 533.
- Mirallié.** — Kystes hydatiques du poumon. *Gaz. des hôp.*, LXVI, 103-113.
- Davies Thomas (Dr J.).** — Statistics of hydatid in Australia. *Australian medical Journal*, 1881, p. 250, 344, 391, 433, 489.
- Casabianca.** — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon et particulièrement de leur traitement. Th. Paris, 1889.
- Lehmann.** — Kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre. Th. Paris, 1882.
- Vidal.** — Kyste hydatique de la cavité pleurale. *Bulletin de la Société anatomique*, 1857, p. 58.
- Lemaitre.** — Vomissements sanguinolents, douleur dans le côté gauche de la poitrine, dyspnée; signes physiques d'un épanchement pleurétique, mort. Kyste hydatique de la plèvre, centre du foie. *Bull. Soc. anat.*, 1850, p. 106.
- Moutard-Martin.** — Un cas d'hydatides de la plèvre. *Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 614.
- S. Boyd.** — On two cases of intra thoracic suppurating hydatid, treated by incision, and extraction of the cyst. *Australian medical Journal*, 1881, p. 170.
- Carre.** — Note sur deux cas de kyste hydatique; observation II. Tumeur hydatique siégeant au-dessous de l'épaule gauche. *Lyon médical*, 1873, III, p. 181.
- Laudau.** — Echinococcus pleurae. *Arch. für gynækologie*, 1876, p. 221.
- Meissner.** — Beiträge zur Lehre von den Volkomen des Echinococcus und Cysticercus cellulosæ. *Schmidts Jahrbücher*, 1862, t. IV, p. 181.
- Southey.** — Case in which a large hydatid cyst. was removed from the

chest, with ultimate complete recovery. *S. Bastholomeus Hospital Reports*, 1867, p. 394.

Geoffroy et Dupuytren. — Kystes hydatiques des deux plèvres. *Bulletin de l'école de médecine*, 1805, p. 117.

Gayol. — *Hydatide de la plèvre costale*. *Bulletin de l'École de Médecine* 1805, p. 120.

Laennec. — *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 196.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. Moisson à Chaumont
